

# Ärztlicher Fragebogen

(Für die Ausfüllung des Fragebogens kann ein Kostenbeitrag eingehoben werden.)

Unverbindliche Empfehlung des Vertreters der Ärzte des Bezirkes Grieskirchen:

Bei Rezeptgebührenbefreiung kein Kostenbeitrag ansonsten 10 Euro mangels Leistung der Kassen)

Name:		geb.am	
Ist der Aufnahmewerber bettlägerig ?			
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise (bis zu 4 Std.tgl.)	<input type="radio"/> ständig	
Ist der Aufnahmewerber gehfähig ?			
<input type="radio"/> ohne Begleitperson	<input type="radio"/> mit Begleitperson	<input type="radio"/> mit einem Hilfsmittel	<input type="radio"/> überhaupt nicht
Ist der Aufnahmewerber örtlich orientiert ?			
<input type="radio"/> ständig	<input type="radio"/> überwiegend ja	<input type="radio"/> überwiegend nein	<input type="radio"/> nie
Ist der Aufnahmewerber zeitlich orientiert ?			
<input type="radio"/> ständig	<input type="radio"/> überwiegend ja	<input type="radio"/> überwiegend nein	<input type="radio"/> nie
Ist der Aufnahmewerber situativ orientiert ?			
<input type="radio"/> ständig	<input type="radio"/> überwiegend ja	<input type="radio"/> überwiegend nein	<input type="radio"/> nie
Ist der Aufnahmewerber zur Person orientiert ?			
<input type="radio"/> ständig	<input type="radio"/> überwiegend ja	<input type="radio"/> überwiegend nein	<input type="radio"/> nie
Befindlichkeit und Stimmungslage:			
aufgeregt:	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> unauffällig
reizbar:	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> unauffällig
aggressiv:	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> unauffällig
unverträglich:	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> unauffällig
melancholisch:	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> unauffällig
freundlich:	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> unauffällig
Verständigung:			
<input type="radio"/> schwerhörig	<input type="radio"/> taub	<input type="radio"/> Hörgerät (R.u/od.L)	<input type="radio"/> nicht beeinträchtigt
<input type="radio"/> Aphasie	<input type="radio"/> geringes Sehvermögen	<input type="radio"/> Brillenträger	<input type="radio"/> nicht beeinträchtigt
tägliche Körperpflege :			
waschen	<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	<input type="radio"/> völlig abhängig
duschen	<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	<input type="radio"/> völlig abhängig
baden	<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	<input type="radio"/> völlig abhängig
rasieren	<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	<input type="radio"/> völlig abhängig
frisieren	<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	<input type="radio"/> völlig abhängig
an-/auskleiden	<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	<input type="radio"/> völlig abhängig
Harn-bzw.Stuhlgang	<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> benötigt Hilfe	<input type="radio"/> völlig abhängig
Essen und Trinken :			
<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> flüssige Zubereitung erforderlich		
<input type="radio"/> Vorbereiten der Mahlzeiten nötig	<input type="radio"/> breiige Zubereitung erforderlich		
<input type="radio"/> Mahlzeiten müssen eingegeben werden			
<input type="radio"/> Sondenernährung erforderlich			
<input type="radio"/> Diätkost erforderlich, welche?	_____		
<input type="radio"/> Schonkost erforderlich, welche?	_____		

--

<b>Hautbeschaffenheit:</b>			
<input type="checkbox"/> Exantheme	<input type="checkbox"/> Intertrigo	<input type="checkbox"/> Pilzkrankung	<input type="checkbox"/> Geschwüre

<b>Ausscheidung:</b>	
<b>Harn:</b>	<b>Stuhlgang:</b>
<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> konditioniert und beherrscht
<input type="checkbox"/> gelegentliche Inkontinenz	<input type="checkbox"/> nicht beherrscht
<input type="checkbox"/> ständige Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Durchfall
<input type="checkbox"/> Harnkatheter, welcher ? _____	<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl

<b>Suchtprobleme:</b>		
Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nikotin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, welche ?	_____	_____

Medikamenteneinnahme:	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
regelmäßige Spritzen:	<input type="checkbox"/> ja, welche ?	<input type="checkbox"/> nein

Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Ärztliche Diagnose: .....
.....
.....

Besteht eine freiheitsbeschränkende Maßnahme (im Sinne des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG) :	
<input type="checkbox"/> ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> nein
.....	
.....	

Liegt eine ernstliche und erhebliche Eigen-/Fremdgefährdung vor?	
<input type="checkbox"/> ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte Gefährdungspotenzial beschreiben (Prognose zu gegenwärtigem Zustandsbild und Entwicklung):	
.....	

<b>Medikation zum Zeitpunkt der Heimaufnahme:</b>	
Bezeichnung:	Anwendung:

Ort, Datum	Stempel u. Unterschrift
------------	-------------------------

\* Nichtzutreffendes bitte streichen !